

三郷市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付申請書

三郷市長あて

三郷市補助金等交付規則及び三郷市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、三郷市造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金を下記のとおり申請します。

なお、この助成金の交付決定にあたり、審査に必要な情報（住民基本台帳、接種の実施状況等）について、関係機関等に確認することに同意します。

助成金の交付が決定された際は、下記の口座に振込みをしてください。

記

申請者	氏名	⑩				
	住所					
	電話番号					
被接種者			生年月日	年 月 日		
予防接種名	接種日	接種費用（支払金額）		市記載欄	補助上限額	補助交付決定額
	年 月 日	円			円	円
	年 月 日	円			円	円
	年 月 日	円			円	円
	年 月 日	円			円	円
	年 月 日	円			円	円
助成金請求金額						円

〈振込先口座〉

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店
口座種別	普通・当座	口座番号	
口座名義	フリガナ		

※記入内容に誤りがある時は、改めて申請書を提出いただく場合がありますのでご注意ください。